

Фиброма яичника больших размеров у пациентки с синдромом Мейгса. Клинический случай

О. С. Арнт¹

А. В. Мокляк²

Д. К. Колобова³

Д. С. Россолько⁴ ✉

М. Г. Ашуров⁵

¹ Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург, Россия, Дельта фертилити клиник, Санкт-Петербург, Россия, olga.arnt@gmail.com

² Городская больница Святого Праведного Иоанна Кронштадтского, Санкт-Петербург, Россия, a_nna@inbox.ru

³ Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург, Россия, kolobova.doraa@gmail.com

⁴ Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург, Россия, drossolko@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0002-1488-0582>

⁵ Городская больница Святого Праведного Иоанна Кронштадтского, Санкт-Петербург, Россия, b36@zdrav.spb.ru

Резюме

Введение. Актуальность проблемы образований яичников сложно переоценить. Частота встречаемости доброкачественных опухолей яичников составляет 13,3% среди всей гинекологической патологии. На долю цистаденом приходится 80% всех новообразований яичников. Опухоли полового тяжа и стромы выявляются в 14,9% случаев, среди них гранулезоклеточные составляют 28,2%, текомы и фибромы – 6,4%. Среди всех новообразований яичников 1-4% составляет фиброма яичника. Согласно Клиническим рекомендациям Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2024 г. фиброму яичника относят к доброкачественным новообразованиям наряду с кистозными или солидными новообразованиями этих органов без патологических элементов и кровотока с минимальным потенциалом к малигнизации. Патология наиболее часто встречается у женщин в пери- и постменопаузе, характеризуется медленным ростом и преимущественно бессимптомным течением. Несмотря на большое количество научного и практического материала, до сегодняшнего дня в этой области остается немало белых пятен, так, например, не сказано последнее слово в изучении этиологии и патогенеза доброкачественных новообразований яичников, в настоящее время они остаются не изученными до конца.

Результаты. На примере настоящего клинического случая освещены типичные проявления синдрома Мейгса. Образования яичников при достижении больших размеров оказывают выраженное влияние на общее состояние больных, часто осложняются тяжелой сопутствующей патологией, несущей угрозу не только здоровью, но жизни пациенток и нередко приводящей к неблагоприятным исходам.

Заключение. Сложность заключается и в проведении дифференциальной диагностики заболевания, поэтому ключевая роль в данном случае отводится комплексному междисциплинарному подходу, что еще раз свидетельствует о важности своевременной профилактической работы врача.

Ключевые слова: фиброма яичника, синдром Мейгса, асцит

Для цитирования: Арнт О. С., Мокляк А. В., Колобова Д. К., Россолько Д. С., Ашуров М. Г. Фиброма яичника больших размеров у пациентки с синдромом Мейгса. Клинический случай. Лечащий Врач. 2026; 2 (29): 71-76. <https://doi.org/10.51793/OS.2026.29.2.010>

Конфликт интересов. Авторы статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

Large ovarian fibroma in the patient with Meigs' syndrome. Clinical case

Olga S. Arnt¹

Anna V. Moklyak²

Darya K. Kolobova³

Dmitriy S. Rossolko⁴ ✉

Makhmarajab T. Ashurov⁵

¹ St. Petersburg State Pediatric Medical University, St. Petersburg, Russia, Delta Fertility Clinic, St. Petersburg, Russia, olga.arnt@gmail.com

² St. John of Kronstadt City Hospital, St. Petersburg, Russia, a_nna@inbox.ru

³ St. Petersburg State Pediatric Medical University, St. Petersburg, Russia, kolobova.doraa@gmail.com

⁴ St. Petersburg State Pediatric Medical University, St. Petersburg, Russia, drossolko@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0002-1488-0582>

⁵ St. John of Kronstadt City Hospital, Saint Petersburg, Russia, b36@zdrav.spb.ru

Abstract

Background. The relevance of the problem of ovarian tumors is difficult to overestimate. The incidence of benign ovarian tumors is 13.3% of all gynecological pathology. Cystadenomas account for 80% of all ovarian neoplasms. Sex cord and stromal tumors are detected in 14.9%, among them granulosa cell tumors – 28.2%, thecomas, fibromas – 6.4%. Ovarian fibromas account for 1-4% of all ovarian neoplasms. According to The Ministry of Health of the Russian Federation's 2024 Clinical Guidelines, ovarian fibromas are classified as benign ovarian neoplasms which include cystic or solid ovarian neoplasms without pathological elements or blood flow, with low malignant potential. Such neoplasms most frequently affect perimenopausal and postmenopausal women, are characterized by slow growth and are predominantly asymptomatic. Despite the large amount of scientific and practical material, many "blank spots" remain to this day, for example, the last word in the study of the etiology and pathogenesis of benign ovarian neoplasms has not been said, at present they remain completely unexplored.

Results. The example of this clinical case reflects the typical manifestations of Meigs syndrome. Ovarian tumors, when reaching significantly larger sizes, have a significant impact on the general condition of patients and can and often are complicated by severe concomitant pathology, posing a threat not only to the health but also to the life of patients and often leading to unfavorable outcomes.

Conclusion. The complexity also lies in conducting differential diagnostics of the disease, therefore, the key role in this case is given to a comprehensive interdisciplinary approach and once again emphasizes the importance of timely preventive work of the doctor.

Keywords: ovarian fibroma, Meigs syndrome, ascites

For citation: Arnt O. S., Moklyak A. V., Kolobova D. K., Rossolko D. S., Ashurov M. G. Large ovarian fibroma in the patient with Meigs' syndrome. Clinical case. Lechaschi Vrach. 2026; 2 (29): 71-76. (In Russ.) <https://doi.org/10.51793/OS.2026.29.2.010>

Conflict of interests. Not declared.

Эпиграфом к статье авторы выбрали слова выдающегося онкогинеколога Яна Владимировича Бохмана (1933-1996): «Ни в одном органе человека не существует такого гистологического многообразия доброкачественных и злокачественных опухолей, как в яичниках». Согласно гистологической классификации опухолей яичников Всемирной организации здравоохранения (2020), фиброма яичника (ФЯ) представляет собой доброкачественную опухоль, происходящую из стромы полового тяжа [1]. Группа опухолей стромы и полового тяжа достаточно разнообразна. Фиброма морфологически определяется как солидное, плотное, белесоватое образование с гладкой или дольчатой поверхностью, имеющей волокнистую структуру, представленную веретеновидными клетками типа фибробластов различной зрелости, продуцирующих коллаген 1-го и 3-го типа [1-4]. Согласно Клиническим рекомендациям Минздрава России (2024) фиброму относят к доброкачественным новообразованиям яичников наряду с кистозными или солидными образованиями этих органов без патологических элементов и кровотока с минимальным потенциалом к малигнизации [5].

Такая опухоль не вырабатывает специфические гормоны, что является одним из ее отличительных признаков, а также имеет низкий потенциал малигнизации, что объясняет в целом благоприятный прогноз. Размеры опухоли могут варьировать от нескольких миллиметров до 10 см и более.

Патология наиболее часто встречается у женщин в перименопаузе, характеризуется медленным ростом и преимущественно бессимптомным течением. Среди всех новообразований яичников фиброма составляет 1-4%. В некоторых случаях, редко, отмечается связь с синдромом Горлина – Гольца (синдром невоидной базальноклеточной

карциномы), в этом случае чаще всего имеет место двустороннее расположение фибромы [1, 6].

Особого внимания заслуживает синдром Мейгса, характеризующийся триадой симптомов: доброкачественная опухоль яичника (фиброма, текома, гранулезоклеточная опухоль, опухоль Бреннера), асцит и гидроторакс [7]. В 1937 году Joe Vincent Meigs и John W. Cass сообщили о серии из семи случаев ФЯ, связанных с асцитом и гидротораксом. Позже Родс и Террелл назвали его синдромом Мейгса. Патогенез этого синдрома остается до конца не изученным, однако известно, что его симптомы регрессируют после удаления опухоли. Известно, что синдром Мейгса развивается в 1% случаев при наличии опухолей яичника, причем наиболее часто – при фибромах яичников [8]. У молодых женщин синдром практически не встречается, наиболее часто развиваясь у пациенток 50-70 лет.

Этиопатогенез синдрома Мейгса объясняют несколько теорий, наибольшую популярность из которых получила теория, связанная с избыточной экспрессией сосудистого эндотелиального фактора роста (VEGF), экспрессируемого растущей опухолью яичника. Это приводит к повышению проницаемости капилляров и трансудации жидкости во внесосудистое русло, в результате чего образуется плевральный и перитонеальный выпот. При опухолях больших размеров выпот может достигать значительных объемов [8, 9]. К другим причинам развития синдрома Мейгса относятся перекрут кисты яичника и лимфостаз [8]. Диагностика синдрома основывается на сборе жалоб, физикальном и лабораторно-инструментальном обследовании. Как правило, пациентки предъявляют жалобы на чувство тяжести, боли и дискомфорт в животе, тошноту, головокружение, кашель. Во время физикального осмотра на фоне асцита определяется увеличенный в объеме живот, гидроторакс выявляется

перкуторно как локальное приглушение или притупление звука, аускультативно определяется снижением проводимости дыхательных шумов над областью скопления трансудата. Гинекологический бимануальный осмотр позволяет обнаружить объемное пальпируемое образование в малом тазу, однако при достижении гигантских размеров фибромы и при наличии выраженного асцита диагностика, как и в описанном ниже случае, может быть крайне затруднительна.

Дифференциальную диагностику проводят со злокачественными новообразованиями яичников и хирургической патологией, а также с синдромом псевдо-Мейгса — редкой патологией, которая чаще встречается на фоне системной красной волчанки. В этом случае также определяется сочетание плеврального выпота, повышенного уровня СА-125 в сыворотке крови и асцита, но при отсутствии доброкачественного образования яичников [10].

Диагностика ФЯ включает ультразвуковое исследование и магнитно-резонансную томографию органов малого таза (УЗИ и МРТ ОМТ), а также МРТ ОМТ с контрастированием и определение опухолевых онкомаркеров: в некоторых случаях отмечается повышение уровня СА-125, чаще всего это происходит при опухоли больших размеров и развитии синдрома Мейгса.

УЗ-картина ФЯ представлена солидным образованием с четким контуром, гипоэхогенной структурой, в некоторых случаях может отмечаться наличие задней акустической тени, а также кистозные включения на фоне дегенеративных изменений ткани фибромы [11].

На МРТ в режиме T1 фибромы определяются как образование с однородной низкой передачей сигнала; в режиме T2 — как четко отграниченные массы с низкой передачей сигнала, диффузно в ткани фибромы могут присутствовать единичные гиперинтенсивные включения, являющиеся следствием отека или дегенерации ткани. Одним из характерных МРТ-признаков фибромы будет полоса гипоинтенсивности в режиме T2, которая отделяет образования яичника от матки во всех плоскостях визуализации [12].

Финальную точку в морфологическом происхождении опухоли ставит патологоанатомическое заключение.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациентка, 67 лет, поступила в приемный покой одной из городских больниц Санкт-Петербурга в экстренном порядке, доставлена бригадой скорой медицинской помощи с жалобами на чувство тяжести в животе, тошноту, головокружение, слабость, запоры, которые беспокоили на протяжении последних двух-трех дней.

Осмотрена хирургом и терапевтом. Из анамнеза известно, что пациентка длительно страдает гипертонической болезнью II степени, находится на постоянной гипотензивной терапии. Длительно страдает ожирением I-II степени.

Данные объективного осмотра: пациентка повышенного питания, состояние средней степени тяжести, артериальное давление (АД) — 180/100 мм рт. ст., при аускультации — дыхание резко ослабленное над нижними отделами легких, хрипы единичные, свистящие; SpO₂ — 97%.

Кожные покровы бледные, язык влажный, не обложен. Живот асимметричный, увеличен за счет объемного образо-

вания, исходящего, вероятно, из области мезогастрия. При пальпации образование плотное, ограниченно-подвижное, безболезненное. Печень не пальпируется. Перистальтика не усилена. Перитонеальные симптомы отрицательны. При ректальном осмотре — без особенности.

Экстренно выполнены клиничко-лабораторные исследования, в том числе рентгенография грудной клетки и брюшной полости, УЗИ брюшной полости. Пациентка проконсультирована гинекологом.

По данным УЗИ брюшной полости, печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка и почки не изменены. В брюшной полости определяется образование гетерогенного кистозно-солидного строения с относительно четким контуром, размерами 338 × 360 мм. Свободная жидкость в брюшной полости в умеренном количестве.

На рентгенограмме органов брюшной полости имеются признаки кишечной непроходимости (чаши Клойбера, нерезкое вздутие петель кишки).

Рентгенограмма органов грудной клетки: признаки двустороннего гидроторакса, больше слева. Подозрение на грыжи диафрагмы. Деструктивные изменения в S₉ левого легкого.

Из консультативного заключения гинеколога: менструация с 15 лет, по 4-5 дней через 28-30 дней, без особенностей. Менопауза наступила в 49 лет (постменопауза — 18 лет). Половой жизнью не живет длительное время. Роды одни, срочные, в 1975 г., без осложнений. Гинекологические заболевания отрицает.

В течение десяти лет обращала внимание на постепенное увеличение объема живота, к врачу не обращалась. УЗИ и МРТ малого таза и брюшной полости до настоящего времени выполнено не было.

При пальпации живота определяется плотное объемное безболезненное образование размером до 40 см в диаметре.

Данные гинекологического осмотра. В зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки атрофична, патологических выделений нет. Бимануальное влагалищное исследование затруднено ввиду определяемого объемного образования брюшной полости, заполняющего область малого таза, при пальпации плотное, ограниченно-подвижное, не спаиваемое с окружающими тканями, безболезненное.

По результатам клиничко-лабораторного и инструментального обследования, а также наблюдения в условиях хирургического отделения пациентке установлен диагноз: «Новообразование брюшной полости? Двусторонний гидроторакс. Асцит. Подозрение на кишечную непроходимость. Гипертоническая болезнь второй степени, риск 4, хроническая сердечная недостаточность 2Б».

Пациентка находилась под динамическим наблюдением в условиях стационара. Терапия, направленная на разрешение кишечной непроходимости, проводилась с временным положительным эффектом.

От оперативного лечения в экстренном порядке на данном этапе было решено воздержаться в связи с улучшением хирургического статуса, необходимостью стабилизации соматического состояния пациентки, нормализации АД. На фоне сниженной сатурации и рентгенологических данных о наличии двухстороннего гидроторакса была произведена плевральная пункция. Терапия привела к незначительному улучшению состояния. На фоне очистительной клизмы

появился скудный кашицеобразный стул, на контрольной рентгенограмме брюшной полости в динамике сохранялись уровни жидкости. В течение последующих суток продолжалась консервативная терапия и динамическое наблюдение за состоянием пациентки.

При осмотре на первые сутки с момента поступления у пациентки отмечались жалобы на умеренные боли в верхних отделах живота, тошноту, слабость. Рвоты не было, стул был однократно после очистительной клизмы, данные УЗИ брюшной полости в динамике прежние.

С целью дифференциальной диагностики пациентку повторно проконсультировал гинеколог. Объективно при осмотре определялся резко увеличенный в объеме живот за счет новообразования размером около 40 см в диаметре, при пальпации безболезненного, плотной консистенции, заполнявшего практически всю брюшную полость и область малого таза. Также объективно определялись признаки асцита. В левом подреберье пальпировались раздутые безболезненные петли кишечника. Симптомов раздражения брюшины не было. Кожа передней брюшной стенки не была изменена. Газы отходили, стула после повторной очистительной клизмы не было.

Предварительный диагноз: «Острая кишечная непроходимость. Новообразование брюшной полости. Синдром Мейгса?».

Согласно заключению гинеколога, с учетом признаков острой кишечной непроходимости, пациентка требует лечения в условиях хирургического отделения.

На второй день пребывания в стационаре состояние пациентки резко ухудшилось, усилился болевой синдром. Стула за прошедшие сутки не было, перистальтика усилена. Проведена контрольная рентгенограмма брюшной полости, по результатам которой сохранялись признаки кишечной непроходимости.

В связи с ухудшением состояния принято решение об оперативном лечении пациентки в срочном порядке. После соответствующей предоперационной подготовки была выполнена верхнесрединная лапаротомия. В брюшной полости обнаружено до 500 мл серозной жидкости. Выявлено образование размером 40 × 50 см с выраженным сосудистым рисунком, твердой консистенции, заполняющее собой всю брюшную полость и область малого таза. По левому ребру образования



Рис. 1. Макропрепарат: гигантская фиброма [предоставлено авторами] / Macroscopic specimen: giant fibroma [provided by the authors]

определялись множественные плоскостные спайки с толстой кишкой и большим сальником. Выполнен адгезиолизис на фоне повышенной кровоточивости тканей образования. При дальнейшей ревизии обнаружена дилатированная тонкая кишка до связки Трейца и толстая кишка до средней трети сигмовидной кишки.

При ревизии малого таза обнаружена увеличенная матка соответственно 11-12 неделям беременности за счет множественных интрамурально-субсерозных узлов, расположенных по задней поверхности органа. В проекции правого яичника определялось описанное выше объемное опухолевидное образование с распластанной на нем правой маточной трубой. Удалены правые придатки матки, выполнена биопсия контрлатерального яичника и большого сальника. В ходе ревизии тонкой и толстой кишки выявлена фиксированная грыжа в 2/3 диаметра селезеночного угла толстой кишки в купол диафрагмы. Грыжа иссечена. Содержимое грыжевого мешка — толстая кишка без признаков ущемления. В левой доле печени определялась гемангиома размером 1,0 см. Произведена интубация тонкой кишки зондом Эббота — Миллера, санация и дренирование брюшной полости.

Гигантская фиброма представлена на рис. 1.

Послеоперационный диагноз: «Новообразование правого яичника, осложненное синдромом Мейгса (фиброма правого яичника?). Острая толстокишечная непроходимость. Фиксированная грыжа левого купола диафрагмы. Гемангиома печени. Множественная миома матки в постменопаузе, интрамурально-субсерозная форма».

Ранний послеоперационный период осложнился развитием левостороннего гидропневмоторакса, что потребовало повторной пункции плевральной полости, терапии и наблюдения за состоянием пациентки в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии.

На 4-е послеоперационные сутки пациентка переведена в хирургическое отделение в относительно удовлетворительном состоянии. На 9-е послеоперационные сутки у нее повторно развился левосторонний гидропневмоторакс, это вновь потребовало пункции левой плевральной полости, что и было выполнено типично, без осложнений.

В дальнейшем состояние пациентки оставалось удовлетворительным, дренажи удалены из брюшной полости на 8-е послеоперационные сутки, на 13-е сутки ее выписали на амбулаторное ведение в удовлетворительном состоянии с рекомендациями.

Результат прижизненного патолого-анатомического заключения: «Фиброма правого яичника больших размеров. Патологии в биоптатах не выявлено».

На примере данного клинического случая рассмотрены типичные проявления синдрома Мейгса на фоне фибромы яичника больших размеров. Тяжесть клинической картины обусловлена совокупностью факторов: бессимптомный продолжительный рост фибромы в анамнезе, редкая частота патологии [13], игнорирование необходимости посещения гинеколога для профилактического планового осмотра, а также недостаток информированности о возможных неблагоприятных последствиях, вследствие чего возникают трудности, связанные не только с проведением дифференциальной диагностики между тем, что первично — хирургическая патология или гинекологическая, но и с отсутствием времени



Рис. 2. Фиброма [14] / Fibroma [14]

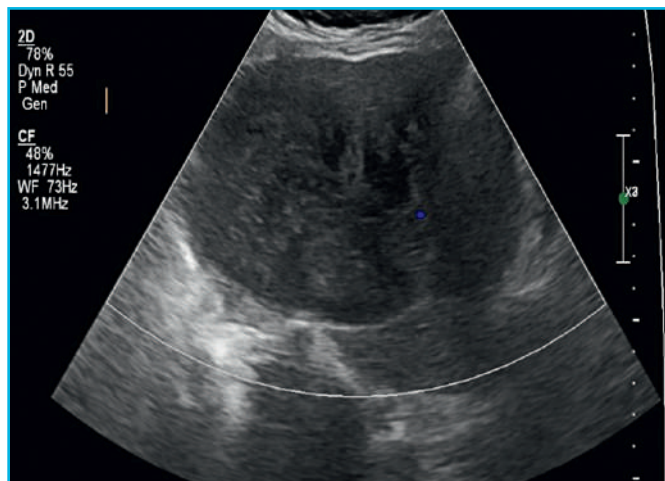


Рис. 3. Фиброма [12] / Fibroma [12]

для установления происхождения опухоли и ее злокачественности. Необходимость бороться с осложнениями для спасения жизни пациентки здесь является ведущей задачей.

Визуализация фибромы представлена на рис. 2 и 3.

Согласно современным клиническим рекомендациям, при наличии опухоли, в том числе фибромы, не требующей экстренного или срочного хирургического вмешательства, диагностические мероприятия более обстоятельны, существует последовательный алгоритм, включающий в себя в том числе УЗИ малого таза, определение концентрации в сыворотке крови СА-125, а также при трудностях в дифференциальной диагностике рекомендовано проведение МРТ малого таза с контрастированием. Врачу доступны такие вспомогательные методы, как расчет индекса риска малигнизации для объемных образований в малом тазу (RMI – Risk of Malignancy Index по Jacobs, 1990), стандартизованная система ультразвуковой классификации опухолей яичников (O-RADS), УЗ-признаки классификации доброкачественных и злокачественных опухолей «Простые правила» от IOTA Group. Действия врача регламентируются согласно выявленным изменениям относительно индекса RMI, что определяет не только тактику лечения, но и дальнейший прогноз заболевания.

Однако в данном случае, учитывая симптоматику непроходимости кишечника и большие размеры образования, диагностика с помощью лучевых методов исследования была затруднена, вследствие чего ключевым методом как диагностики, так и лечения стало хирургическое вмешательство.

Согласно нормативным документам рекомендована госпитализация пациенток с доброкачественными опухолями яичников для оказания медицинской помощи в стационары соответствующего уровня в зависимости от размеров опухоли, наличия сопутствующей соматической патологии, спаечного процесса и т. д. [15], экстренная помощь может быть оказана в стационарах 1-го и 2-го уровня. Медицинская помощь в стационарах 3-го уровня оказывается при наличии сопутствующей тяжелой соматической патологии у пациенток с опухолями яичника, опухолями больших размеров в сочетании с выраженным спаечным процессом с вовлечением соседних органов, опухолями неуточненного происхождения,

состояниями, требующими оказания высокотехнологической помощи, сохранения функции репродуктивной системы [5]. В данном случае причина госпитализации экстренная, что связано с хирургическим осложнением и, по сути, с необходимостью спасения жизни пациентки.

В рассмотренном клиническом случае остро встает вопрос о профилактике заболеваний яичников. Необходимо своевременно донести до женщины информацию о необходимости регулярных осмотров для раннего выявления опухоли яичника и профилактики рецидива, независимо от ее репродуктивного статуса, наличия или отсутствия половой жизни и паритета, что практически равносильно сохранению ее здоровья и качества жизни. Даже несмотря на то, что доказанно эффективный скрининг раннего рака яичников в современной медицине отсутствует, следует помнить, что у женщин постменопаузального периода обнаруженное кистозное образование яичников в подавляющем большинстве наблюдений представляет собой истинную опухоль. Судить о характере процесса можно только после удаления опухоли, т. е. хирургической операции.

В настоящем клиническом случае отражены типичные проявления синдрома Мейгса. Образования яичников при достижении значительно больших размеров оказывают выраженное влияние на общее состояние больных, часто осложняются тяжелой сопутствующей патологией, несущей угрозу не только здоровью, но и жизни пациенток и нередко приводящей к неблагоприятным исходам.

Сложность заключается и в проведении дифференциальной диагностики заболевания, поэтому ключевая роль в данном случае отводится комплексному междисциплинарному подходу, что еще раз подчеркивает важность своевременной профилактической работы врача. **ЛВ**

Вклад авторов:

Авторы декларируют соответствие своего авторства международным критериям ICMJE. Авторы внесли равный вклад на всех этапах работы и написания статьи.

Contribution of authors:

The authors declare that their authorship meets the international criteria of the ICMJE. All authors contributed equally to this work and writing of the article at all stages.

Литература/References

- Herrington C. S. (Ed.), & Editorial Board, WHO. C. O. T. WHO Classification of Tumours Female Genital Tumours. (5th ed.) International Agency for Research on Cancer. 2020.
- Boussios S., Moschetta M., Zarkavelis G., Papadaki A., Kefas A., Tassi K. Ovarian sex-cord stromal tumours and small cell tumours: Pathological, genetic and management aspects. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2017.
- Gibbs J., Mei S., Economos K., Lee Y. C., Kanis M. J. Clinicopathologic features, incidence, and survival trends of gynecologic neuroendocrine tumors: a SEER database analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2019.
- The Role of the Obstetrician-Gynecologist in the Early Detection of Epithelial Ovarian Cancer in Women at Average Risk. ACOG Committee Opinion. 2017; 716.
- Клинические рекомендации «Доброкачественные новообразования яичников» МЗ РФ, 2024 г.
Clinical guidelines «Benign ovarian neoplasms» of the Ministry of Health of the Russian Federation, 2024. (In Russ.)
- Sofoudis C., Kouiroukidou P., Louis K., Karasaridou K., Totonaes K., Gerolytatos A., Papamargaritis E. Enormous ovarian fibroma with elevated Ca-125 associated with meigs' syndrome. presentation of a rare case. *Eur J Gynaecol Oncol*. 2016; 37 (1): 142-143.
- Meigs J. V. Fibroma of the ovary with ascites and hydrothorax; Meigs' syndrome. *Am J Obstet Gynecol*. 1954; 67 (5): 962-985. DOI: 10.1016/0002-9378(54)90258-6. PMID: 13148256.
- Mohammed S. A., Kumar A. Meigs Syndrome. [Updated 2021 Feb 9]. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021.
- Ishiko O., Yoshida H., Sumi T., Hirai K., Ogita S. Vascular endothelial growth factor levels in pleural and peritoneal fluid in Meigs' syndrome. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2001; 98 (1): 129-130.
- Karadeniz O., Bahat P. Y., Koyan Karadeniz G. N., Yaman I., Palalioglu R. M. Pseudo-pseudo Meig's syndrome presenting as an acute surgical abdomen: A rare entity and review of the literature. *J Obstet Gynaecol Res*. 2022; 48 (7): 1531-1537. DOI: 10.1111/jog.15255. Epub 2022 Apr 10. PMID: 35403321.
- Saikia N., Bhatia R. N. Ovarian fibroma: A diagnostic dilemma. *International Journal*. 2023; 7 (2): 174-176.
- Radswiki T., Moore C., Sattar A., et al. Ovarian fibroma. Reference article, Radiopaedia.org. 10.53347/rID-13386.
- Elsharoud A., Brakta S., Elhusseini H., Al-Hendy A. A presentation of ovarian fibrothecoma in a middle-aged female with recurrent massive ascites and postmenopausal bleeding: A case report. *SAGE Open Med Case Rep*. 2020.
- Cristian Dumitraşcu M., Petcu C., Şandru F., George N., Ilieşiu A., Simion G., Oproiu A. M., Nenciu A.-E. Meigs syndrome in ovarian fibrothecoma with elevated CA-125. A case report.
- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 октября 2020 г. N 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология».
Order of the Ministry of Health of the Russian Federation dated October 20, 2020 N 1130n «On approval of the Procedure for the provision of medical care in the profile of "obstetrics and gynecology"». (In Russ.)

Сведения об авторах:

Артн Ольга Сергеевна, к.м.н., акушер-гинеколог, доцент кафедры акушерства и гинекологии, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; Россия, 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2; главный врач, Общество с ограниченной

ответственностью «Дельта фертилити клиник»; Россия, 199034, Санкт-Петербург, 13-я линия Васильевского острова, 10; olga.arnt@gmail.com

Мокляк Анна Викторовна, акушер-гинеколог, Санкт-Петербургское городское бюджетное учреждение здравоохранения «Городская больница Святого Праведного Иоанна Кронштадтского»; Россия, 197762, Санкт-Петербург, Кронштадт, ул. Газовый Завод, 3; a_nna@inbox.ru

Колобова Дарья Константиновна, клинический ординатор кафедры акушерства и гинекологии, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; Россия, 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2; kolobova.doraa@gmail.com.

Россолько Дмитрий Сергеевич, к.м.н., акушер-гинеколог, доцент кафедры акушерства и гинекологии, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; Россия, 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2; drossolko@mail.ru

Ашуров Махмараджаб Таварович, хирург, Санкт-Петербургское городское бюджетное учреждение здравоохранения «Городская больница Святого Праведного Иоанна Кронштадтского»; Россия, 197762, Санкт-Петербург, Кронштадт, ул. Газовый Завод, 3; b36@zdrav.spb.ru

Information about the authors:

Olga S. Arnt, *Cand. of Sci. (Med.)*, obstetrician-gynecologist, Associate Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology No. 22, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education Saint Petersburg State Pediatric Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation; 2 Litovskaya str., St. Petersburg, 194100, Russia; Chief Physician, Delta Fertility Clinic Limited Liability Company; 10 13th line of Vasilyevsky Island, Saint Petersburg, 199034, Russia; olga.arnt@gmail.com

Anna V. Moklyak, obstetrician-gynecologist, Saint Petersburg City Budgetary Healthcare Institution St. John of Kronstadt City Hospital; 3 Gazovyi zavod str., Kronstadt, Saint Petersburg, 197762, Russia; a_nna@inbox.ru

Darya K. Kolobova, Clinical Resident of the Department of Obstetrics and Gynecology, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education Saint Petersburg State Pediatric Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation; 2 Litovskaya str., St. Petersburg, 194100, Russia; kolobova.doraa@gmail.com.

Dmitriy S. Rossolko, *Cand. of Sci. (Med.)*, obstetrician-gynecologist, Associate Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education St. Petersburg State Pediatric Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation; 2 Litovskaya str., St. Petersburg, 194100, Russia; drossolko@mail.ru

Makhmarajab T. Ashurov, surgeon, Saint Petersburg City Budgetary Healthcare Institution St. John of Kronstadt City Hospital; 3 Gazovyi zavod str., Kronstadt, Saint Petersburg, 197762, Russia; b36@zdrav.spb.ru

Поступила/Received 05.07.2025

Поступила после рецензирования/Revised 28.08.2025

Принята в печать/Accepted 03.09.2025